Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

29 247 Acute zorg

29 517 Veiligheidsregio's

Nr. 197

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 februari 2015

Hierbij stuur ik u, mede namens de Minister van Veiligheid en Justitie, een reactie op het onderzoek van IQ Healthcare waarin wordt geconcludeerd dat achteraf gezien meer dan 40% van de onderzochte ambulancespoedritten in de regio Gelderland-Zuid eerstelijns zorg betrof.

Het is belangrijk dat hulpverleners op de ambulance en op de SEH zich niet bezig houden met medisch laag urgente hulpvragen die ook door een huisarts of met zelfzorg behandeld kunnen worden. Goede triage door de meldkamercentralist is daarbij zeer belangrijk. In de ambulancesector wordt gewerkt met de zogeheten Directe Inzet van Ambulances (DIA). Dit betekent dat centralisten na een 112 melding met een zorgvraag direct een ambulance inzetten. Vervolgens maakt de centralist een inschatting van de urgentie van de situatie en neemt daarna een besluit over het vervolgen van de inzet met of zonder licht- en geluidsignalen of het terugroepen van de ambulance. Met deze werkwijze, waarbij de triage plaatsvindt terwijl de ambulance al op weg is, wordt de aanrijtijd van de ambulance in spoedgevallen verkort. De triage vindt plaats op basis van informatie van patiënten of omstanders die de ernst van de situatie niet altijd goed kunnen inschatten en zich in een paniekachtige situatie kunnen bevinden. De centralist heeft daarmee slechts zicht op een «relatieve» werkelijkheid, verwoord door de beller. Bij twijfel neemt een centralist vanzelfsprekend geen risico en zal een ambulance niet teruggeroepen worden. Er kan hierbij sprake zijn van zogenaamde over- of ondertriage, daar is een ieder zich van bewust.

Ongeveer 51% van het aantal A1-inzetten wordt uitgevoerd naar aanleiding van een melding die via 112 binnenkomt. De overige inzetten zijn naar aanleiding van een melding door een zorgprofessional via een directe lijn. In deze gevallen gaat de centralist er over het algemeen van uit dat de medisch gespecialiseerde hulpvrager goed zicht heeft op de feitelijke situatie en zal de gevraagde hulp gestuurd worden. Daarnaast gaat een aanzienlijk deel van de meldingen over incidenten in de

kst-29247-197
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

openbare ruimte. De huisarts van de slachtoffers van deze incidenten is vaak niet bekend en bovendien niet altijd direct beschikbaar. Het IQ healthcare onderzoek geeft aan dat dit geen specifiek Nederlands verschijnsel is, maar ook in het buitenland wordt gezien.

Dat er achteraf gezien geen ambulancehulpverlening nodig was geweest in een groot deel van de spoedmeldingen in de regio Gelderland-Zuid is in het kader van doelmatigheid niet wenselijk maar gezien het bovenstaande wel begrijpelijk. De gevolgen van ondertriage kunnen voor de patiënt immers zeer ernstig zijn. Indien de centralist op basis van de informatie die hij/zij beschikbaar heeft van oordeel is dat de patiënt op dat moment zorg nodig heeft, dan moet zorg worden geboden. Inzet van een ambulance in geval van twijfel is daarom gerechtvaardigd.

Dat neemt niet weg dat het in het onderzoek van IQ healthcare genoemde percentage voor de overtriage een relatief hoog percentage is en dat er naar verbetering gezocht kan worden. Hierbij zijn een goede samenwerking en heldere afspraken tussen de ambulancehulpverlening, huisartsenposten en huisartsen van groot belang. InEen en Ambulancezorg Nederland (AZN) hebben dit voor de komende jaren op de agenda gezet. De Nederlandse ambulancemeldkamers zijn volop bezig met het verbeteren van de kwaliteit van de triage. Met behulp van computerprogramma's wordt de medische uitvraag verder ondersteund, waarmee de triage nog meer wordt geprofessionaliseerd. Belangrijk aandachtspunt daarbij is het vraagstuk van de over- en ondertriage. Dit zal als een belangrijke factor worden meegewogen. Maar helder is ook dat deze ontwikkeling in potentie over- en ondertriage kan reduceren, maar dit nooit volledig zal kunnen uitsluiten.

U vraagt specifiek naar een reactie met het oog op het in voorbereiding zijnde wetsvoorstel over de inrichting van de Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO) en de vraag in hoeverre dit onderzoek daarbij kan worden meegenomen.
Op dit moment wordt in overleg met de betrokken partners een aanpassing van het wettelijk kader voorbereid dat een basis moet bieden voor één landelijke meldkamerorganisatie. In het wettelijk kader wordt op hoofdlijnen de taakverdeling tussen de landelijke meldkamerorganisatie en de mono-disciplinaire hulpverleningsdiensten (politie, brandweer, ambulance en Koninklijke Marechaussee) geregeld. Het wettelijk kader zal niet en detail ingaan op de manier waarop de triage en inzet van ambulances wordt vormgegeven.

In het transitieakkoord «Meldkamer van de toekomst» is afgesproken om een optimale manier van werken mede op basis van pilots uit te werken. De LMO in oprichting is momenteel bezig met een nadere invulling van de pilots. Op korte termijn zal hierover besluitvorming plaatsvinden. In de voortgangsbrief over de LMO, die de Minister van Veiligheid en Justitie naar uw Kamer zal sturen, zullen de uitkomsten van dit besluitvormingsproces beschreven worden. De werkwijze wat betreft multi- en mono intake binnen de LMO zal hierbij worden meegenomen.

Hierbij zal uiteindelijk worden gekozen voor één manier van werken voor alle tien de meldkamerlocaties.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers